

ВГО «УКРАЇНСЬКА АСОЦІАЦІЯ СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ»  
НАЦІОНАЛЬНА МЕДИЧНА АКАДЕМІЯ ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ  
ОСВІТИ ІМЕНІ П.Л. ШУПИКА

## **ПЕРВИННА МЕДИЧНА ДОПОМОГА В РАКУРСІ СВІТОВИХ ПРАКТИК**

присвячена 20-річчю членства УАСМ в WONCA –  
Всесвітній асоціації сімейної медицини

*Науково-практична конференція з міжнародною участю  
Збірник праць*

**06 – 07 червня 2019 року**

м. Київ – 2019

ПОЄДНАННІ З ХРОНІЧНИМ ОБСТРУКТИВНИМ ЗАХВОРЮВАННЯМ ЛЕГЕНЬ .....	66
---	----

<b>Височина І.Л., Крамарчук В.В.</b> СПОСІБ ЖИТТЯ ЯК ПРОФЕСІЙНА ПАРАДИГМА ВІДНОШЕННЯ ДО ВЛАСНОГО ЗДОРОВ'Я .....	67
---	----

<b>Калабішка Б.М., Колесник А.П., Колесник П.О.</b> ЧИ ЗАВЖДИ КЛОПІДОГРЕЛЬ ВИПИСУЄТЬСЯ ЗА ПОКАЗАМИ НА РІВНІ ПЕРВИННОЇ МЕДИКО-САНІТАРНОЇ ДОПОМОГИ .....	71
---	----

<b>Колесник П.О., Нірода А. І.</b> ЛІНГВІСТИЧНА ВАЛІДИЗАЦІЯ АНКЕТИ GFQ ІНТУЇТИВНОГО ЧУТТЯ ЛІКАРЯ .....	72
--	----

<b>Коновалова М.О., Михайловська Н.С.</b> РОЗПОВСЮДЖЕНІСТЬ АНЕМІЧНОГО СИНДРОМУ У ХВОРИХ З ХРОНІЧНОЮ СЕРЦЕВОЮ НЕДОСТАТНІСТЮ ІШЕМІЧНОГО ҐЕНЕЗУ ЗА ДАНИМИ РЕТРОСПЕКТИВНОГО АНАЛІЗУ .....	73
---	----

<b>Матюха Л.Ф., Горопко О.Ю.</b> МАРКЕРИ КАРДІОМЕТАБОЛІЧНОГО РИЗИКУ У ПАЦІЄНТІВ З АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ ТА ОЖИРІННЯМ .....	75
---	----

<b>Матюха Л.Ф., Смаль Б.О.</b> ВПЛИВ НАБУТОГО ПАЦІЄНТОМ ДОСВІДУ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ НА РІВЕНЬ ЙОГО КОМПЛАЕНСУ .....	76
---	----

<b>Сем'янів М.М., Петринич О.А.</b> АНАЛІЗ ПРИЧИН ЗВЕРНЕННЯ ХВОРИХ НА ГІПЕРТОНІЮ ДО ЛІКАРІВ ПЕРВИННОЇ ЛАНКИ ЧЕРНІВЕЦЬКОЇ ОБЛАСТІ .....	78
---	----

### **Результати.**

У пацієнтів з АГ у поєднанні з ХОЗЛ при виконанні тесту 6-хвилинної ходьби, виявлено, що до навантаження  $\text{SpO}_2$  становив 96 [95;97] %, пульс 82 [76;87]/хв. Відповідно після навантаження  $\text{SpO}_2$  – 89 [86;92] %, пульс – 99 [91;105]/хв. Метод вимірювання ПД базується на тісному взаємозв'язку між об'ємом коронарного кровотоку, кількістю поглинутого міокардом кисню з одного боку, та ЧСС з САТ з іншого. ПД в спокої становив 146 [91;202], після навантаження відповідно – 173 [124;222]. Виявлено пряму кореляцію між САТ до навантаження та пульсом після ( $r=0,30$ ;  $p<0,05$ ). САТ після навантаження – 164,3 [155;170] мм.рт.ст. Приріст САТ становив 15 [8;25]. Добовий індекс САТ – 13 [3;15] %, ДАТ – 16 [12;23] %. ІХР становить 0,21 [0,14;0,27], виявлено зворотню кореляцію між пульсом до навантаження та ІХР ( $r=-0,47$ ;  $p<0,05$ ). ПР становив 8,38 [5,88;12,5] та зворотня кореляція з САТ в спокої ( $r=-0,42$ ;  $p<0,05$ ).

### **Висновок.**

Діагностика кардіореспіраторного резерву, шляхом комплексного застосування тесту 6-хвилинної ходьби та добового моніторування артеріального тиску у пацієнтів з АГ у поєднанні з ХОЗЛ, свідчить про підвищену потребу міокарда в кисні та зменшену адаптаційну здатність організму до фізичних навантажень за рахунок зниження ІХР та ПР, що є показом для призначення відповідної терапії у даній категорії пацієнтів.

## **СПОСІБ ЖИТТЯ ЯК ПРОФЕСІЙНА ПАРАДИГМА ВІДНОШЕННЯ ДО ВЛАСНОГО ЗДОРОВ'Я**

**Височина І.Л., Крамарчук В.В.**  
*м. Дніпро, ДЗ «ДМА» МОЗ України*

**Ключові слова:** здоровий спосіб життя, первинна медична допомоги, неінфекційні захворювання.

### **Вступ.**

Провідний вплив (більше 80%) на смертність в Україні мають неінфекційні захворювання (НІЗ), контроль яких, пов'язаний з

досить простими та потужними інструментами раннього попередження та зниження глобальних ризиків цих хвороб, а також підвищенням мотивації пацієнтів до корекції способу життя.

### **Мета.**

На підставі анкетування лікарів первинної ланки надання медичної допомоги (ПМД) провести аналіз їх оцінки способу життя та визначити найбільш значущі фактори ризику, які за суб'єктивною думкою провайдерів медичних послуг на первинній ланці, мають найбільший вплив на стан їх власного здоров'я.

### **Матеріали та методи.**

У дослідженні взяли участь 186 лікарів ПМД, із них 37 чоловіків (20%) та 149 жінок (80%). Для вивчення способу життя лікарів використовувався авторський опитувальник, що включав запитання із дослідження STEPS BOO3 – загальнонаціональне дослідження для вивчення поширеності факторів ризику неінфекційних захворювань (НІЗ).

Всіх респондентів розподілено на дві групи дослідження в залежності від відповіді «так» (перша група) чи «ні» (друга група) на ключове запитання: «На ваш погляд, Ви ведете здоровий спосіб життя?», що відповідало дихотомічному розподілу відповідей.

До першої групи увійшли 101 особа, які вважали, що ведуть здоровий спосіб життя (ЗСЖ), до другої групи – 85 осіб, які на їх власну думку, навпаки, не ведуть ЗСЖ.

Статистична обробка результатів анкетування показала, що більшість параметрів (90%) не мали нормальний розподіл кількісних даних (перевірка здійснювалась за допомогою критерію Колмогорова-Смірнова та Шапіро-Уїлка), що обумовило проведення аналізу методами непараметричної статистики в цих випадках.

Для оцінки можливості співставлення результатів подальшого анкетування між групами нами було проведено порівняння виборок за статтю, віком, сімейним станом та стажем роботи респондентів (табл.1), що дозволило констатувати, що дійсне дослідження є репрезентативним і дозволяє описувати результати як співставлені та такі, що мають доказовість подій при наявності статистичних розбіжностей між групами порівняння.

Таблиця 1

	Різниця за віком	Різниця за сімейним положенням	Різниця за стажем роботи	Різниця за статтю
Група 1	p=0,4207*	p=0,363921**	p=0,531257**	p=0,078472**
Група 2				

**Примітка:** p\* – за критерієм Манна-Уїтні, p\*\* – за критерієм  $\chi^2$  Пірсона.

### Результати.

Відповідно до поставлених мети та задач дійсного дослідження, нами проведено порівняння основних складових феномену ЗСЖ за показниками STEPS BOOЗ. Фактори, які мали вірогідні відмінності в групах порівняння та структурували даний феномен в когорті лікарів ПМД подані в табл 2. Треба відзначити, що дані предикти є основними факторами ризику НІЗ в популяції та апіорі в даному дослідженні визначили межу здорового та нездорового способу життя в групах респондентів, отже інші валідні предикти НІЗ відповідно до структури опитувальника STEPS BOOЗ (такі як вживання риби 2 рази на тиждень, переважання тушкування та варіння як способів приготування їжі, вживання «здорових жирів», помірне вживання повареної солі, достатнє споживання овочів та фруктів, фізична активність, тривалість сну та щорічні профілактичні огляди) не мали вірогідних розбіжностей в групах порівняння.

Таблиця 2

	Me (Q1;Q3) за ІМТ кг/м <sup>2</sup>	Чистили зуби, осіб (%)	Часте вживання напівфабрикатів осіб (%)	Куріння осіб (%)	Алкоголь перевищення дозової дози осіб (%)
Група 1	25,53 (20,97; 27,77)	79 (78%)	24 (24%)	3 (3%)	2 (2%)
Група 2	26,03 (24,07; 31,14)	53 (62%)	35 (41%)	23 (27%)	16 (19%)
P	0,0078*	0,043878**	0,034251**	0,000013**	0,000585**

**Примітка:** відмінності між групами \* -за критерієм Манна-Уїтні,

\*\* – за критерієм  $\chi^2$  Пірсона.

На нашу думку, слід зазначити, що опитування проводилось в групі респондентів, професійна спрямованість яких пов'язана з оцінкою способу життя, але мало суб'єктивний характер відношення до власного здоров'я, що свідчить про недооцінку цих складових феномену ЗСЖ, які є високо валідними, мають високий рівень доказовості впливу на контроль НІЗ в популяції та є дієвим механізмом профілактичних заходів. Тому є цілком зрозумілим, що не залежно від способу життя респондентів, які взяли участь в даному дослідженні, було доведено, що з віком збільшується кількість осіб, які мають ІМТ, вищий за норму (прямий кореляційний зв'язок між віком та ІМТ середньої сили  $r = 0,602$ ,  $p < 0,001$  95 % ДІ (0,461–0,714) для першої групи дослідження та відповідно  $r = 0,542$ ,  $p < 0,001$  95 % ДІ (0,372–0,677) в другій групі) і в групі респондентів які не вели ЗСЖ, питома вага ожиріння складала 31% та зустрічалось у 2 рази частіше, ніж в першій групі ( $p < 0,01$ ).

З огляду на отримані результати, можна зробити висновок, що якщо в структурі професійного мислення та оцінки значущості здорового харчування та достатньої фізичної активності дані фактори не демонструють вірогідної різниці при оцінці власного способу життя, то можна припустити, що ці предикти не оцінюються і в професійній діяльності лікарів ПМД, що зменшує можливості контролю ризиків формування НІЗ серед пацієнтів та розробки повноцінних профілактичних заходів.

### **Висновки.**

В матриці професійних знань лікарів ПМД такі фактори ризику розвитку НІЗ, як вживання тютюну, надмірне споживання алкоголю та ожиріння мають високий ранг значення, але системною помилкою можна вважати недооцінку таких чинників, як здорове харчування та фізична активність.